

## CAHIER DES CHARGES

### EQUIPE MOBILE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

*Travail réalisé dans le cadre de la mise en œuvre du volet SSR du SROS d'Ile de France*

« Les équipes mobiles externes mutualisées en appui sur le SSR, ou le dispositif HAD SSR, sont une réponse pour accompagner les personnes dans l'adaptation de leur environnement à domicile et dans la coordination ponctuelle de leur prise en charge ambulatoire tout au long de leur parcours. Elles ont vocation à améliorer la qualité de prise en charge du patient en exportant les compétences du SSR auprès des équipes et des patients dans des services qui n'en disposent pas. Leur champ d'action doit être ouvert à l'extérieur et prioritairement vers les établissements de proximité. Ce dispositif vient compléter le dispositif existant des visites à domicile organisées depuis le SSR, en particulier en médecine physique et de réadaptation. »<sup>1</sup>

## 1. OBJET ET MISSIONS DE L'EQUIPE MOBILE SSR

### 1.1. Définition de l'équipe mobile SSR

L'équipe mobile (EM) est une unité pluridisciplinaire qui a pour objet, sur un territoire défini, de faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie<sup>2</sup> d'une personne en situation de handicap temporaire ou prolongée.

Elle intervient principalement dans des situations où les difficultés rencontrées peuvent compromettre le retour ou le maintien à domicile, et provoquer un risque de prolongation de séjour hospitalier ou de retour en institution.<sup>3</sup> Elles peuvent également apporter leur concours dans les situations nécessitant un transfert de la personne en institution.

L'action de l'EM doit comprendre notamment des interventions :

- au sein des services hospitaliers MCO ou SSR, notamment dans le cadre de consultations avancées, pour apporter les compétences du SSR dans l'objectif d'améliorer la qualité, la rapidité et la pérennité du retour à domicile des patients,
- sur les lieux de vie de la personne,
- dans des établissements d'hébergement médico-sociaux ou sociaux, dans le but de diminuer les incidences d'hospitalisation, transmettre les bonnes pratiques auprès des équipes d'accompagnement voire faire du dépistage et de l'orientation.

Son intervention est ponctuelle et s'inscrit dans un projet de vie et de prise en charge personnalisé centré sur la qualité de vie attendue par la personne ou son entourage.

***La mission de l'EM s'inscrit dans une logique d'interface, de transversalité et de subsidiarité par rapport aux acteurs existants aux niveaux territorial et régional.***

<sup>1</sup> SROS Ile de France – Volet Hospitalier – Chapitre 15 – Soins de suite et de réadaptation – p.381

<sup>2</sup> Le lieu de vie comprend le domicile mais aussi les institutions d'hébergement habituel de la personne (structures sociales ou médico-sociales en particulier)

<sup>3</sup> Les EM SSR peuvent s'inspirer notamment des expériences des Early Supported Discharge services (ESD) pour une partie de leurs interventions

## 1.2. MISSIONS DE L'EQUIPE MOBILE SSR

*Les prises en charge de l'EM sont ponctuelles, avec une à plusieurs interventions organisées sur une durée et une fréquence adaptées aux besoins du patient. Elles sont ciblées sur une demande et une problématique particulières, et n'ont pas vocation, sauf cas spécifiques et autorisés, à avoir un caractère régulier et durable.*

*Le retour dans le lieu de vie et l'accompagnement dans des phases de transition constituent le socle principal des missions de l'EM, en tant qu'interface entre les services hospitaliers et les acteurs de ville libéraux ou institutionnels. Par son expertise médicale et de réadaptation<sup>4</sup>, elle accueille, oriente et apporte un premier accompagnement le cas échéant, en réponse à des problématiques de maintien dans le lieu de vie. Elle remplit ainsi un rôle d'animateur de filière<sup>5</sup> et de coordination « hors les murs ».*

*Pour les personnes vivant (ou transférées) en structures médico-sociales, la mission principale de l'EM est, par l'exportation des compétences du SSR, de créer du lien entre le sanitaire et le médico-social pour collaborer à la réalisation du projet de vie.*

*Le patient ou ses aidants conservent une liberté de choix dans la mise en œuvre des conseils prodigués.*

### 1.2.1. S'organiser pour sa mission

- **Répondre aux demandes** des professionnels et réseaux professionnels, ainsi que des usagers et des aidants qui s'adressent à elle.
- **Apporter une suite à toute sollicitation**, ce qui peut nécessiter l'orientation du demandeur, en cas de besoin, vers un acteur plus adapté pour lui répondre.
- **Se faire connaître** sur son territoire. Un appui institutionnel (ARS, Conseil Général,...) aidera à cette visibilité.
- **Assurer une veille** documentaire, technique et administrative sur les problématiques et acteurs liés au retour ou au maintien dans le lieu de vie.

### 1.2.2. Intervenir pour favoriser et sécuriser un retour ou un maintien dans le lieu de vie

- **Evaluer, en collaboration avec le patient et son entourage, les besoins** d'adaptation de la personne dans son environnement pour l'orienter et/ou l'accompagner en vue d'un retour ou d'un maintien dans le lieu de vie.
- **Apporter une aide** à l'élaboration du projet de vie et de soins de la personne.

---

<sup>4</sup> L'OMS définit la réadaptation comme « l'application combinée et coordonnée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société et/ou à lui conserver cette place »

<sup>5</sup> Le rapport Féry- Lemonnier présente l'EM comme « l'huile dans les rouages de la filière »

- **Conseiller et accompagner** la personne, les aidants et les professionnels, dans l'identification et le choix des prestations les plus adaptées pour favoriser le retour ou le maintien dans le lieu de vie<sup>6</sup> par :
  - o la recherche de solutions de compensation et d'adaptation, des visites sur le lieu de vie et des mises en situation écologiques,
  - o des informations dans les différents domaines de la vie courante (aides techniques, logement, transports, aide humaine...),
  - o une orientation vers les différents acteurs adaptés.
- **Aider dans les démarches administratives** nécessaires pour obtenir les prestations liées à la situation de handicap de la personne.
- **Vérifier que les conditions nécessaires au retour ou maintien dans le lieu de vie** sont réunies (informations, adaptations, prestations et soins) et apporter le cas échéant une aide à leur mise en œuvre.
- **S'assurer de la transmission de son expertise** aux différents acteurs du lieu de vie de la personne (médecin référent, professionnels paramédicaux, structures d'accompagnement et de vie sociale,...) et aider le cas échéant à leur coordination. Cela peut également concerner le renfort des connaissances des acteurs, ainsi qu'un appui à la réalisation du projet de vie.
- **Apporter son concours en cas de transfert en établissement**, quand la situation de la personne l'exige et qu'elle ne peut pas être maintenue, ponctuellement ou durablement, dans son lieu de vie, afin de préserver les acquis de l'accompagnement assuré jusqu'alors et préparer, le cas échéant, le retour ultérieur sur le lieu de vie.
- **Conseiller, informer et former les acteurs** intervenant auprès de la personne.
- **Evaluer son action.**

### 1.3. POSITIONNEMENT DE L'EQUIPE MOBILE SSR

#### 1.3.1. Une structure sanitaire

L'EM est une structure transversale, rattachée au champ sanitaire. Elle intervient :

- En aval ainsi que dès la phase d'hospitalisation ou au décours de celle-ci, notamment pour faciliter l'organisation des sorties, grâce à sa connaissance des réseaux, sa maîtrise des organisations et acteurs locaux, des dispositifs dédiés, des procédures applicables...

---

<sup>6</sup> D'après une évaluation de l'Equipe Mobile Adultes (pour personnes lésées cérébrales) de la Fondation Santé des Etudiants de France, à Grenoble, les principales interventions concernent l'évaluation de la vie quotidienne et de l'accessibilité du domicile, les conseils en aides-techniques, et la coordination des acteurs.

- En prévention d'une évolution ou d'une situation défavorable, susceptible d'entraîner à terme une hospitalisation ou une ré-hospitalisation, pour les personnes, à domicile ou dans leur lieu de vie, en perte d'autonomie.
- En aide aux structures médico-sociales intervenant dans le champ du handicap chronique.

### **1.3.2. Collaboration étroite avec le médecin référent de la personne**

La collaboration avec le médecin référent de la personne est essentielle. L'EM, en raison même de sa vocation et de ses missions, a le devoir d'informer celui-ci et de se concerter avec lui, que celui-ci soit le prescripteur ou non de la prise en charge par l'EM.

### **1.3.3. Spécificité de l'équipe mobile SSR par rapport à certaines structures proches**

*La mission de l'EM s'inscrit dans une logique d'interface et de subsidiarité par rapport aux acteurs existants aux niveaux territorial et régional.*

*Elle intervient ainsi auprès de personnes :*

- *qui ne bénéficient pas, ou pas encore, de prise en charge par des structures ou réseaux aptes à intervenir dans l'accompagnement de leur retour ou de leur maintien dans le lieu de vie,*
- *ou dont la situation peut justifier le recours à son expertise sur les problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie.*

#### **1.3.3.1. Par rapport à l'hospitalisation à domicile (HAD)**

- L'EM n'a pas vocation à dispenser des soins.
- L'EM intervient ponctuellement.
- L'EM s'adresse à des personnes qui ne sont pas prises en charge en HAD et qui requièrent un accompagnement dans le retour ou le maintien dans le lieu de vie.
- L'EM peut intervenir en appui à la demande d'une structure d'HAD, pour apporter ponctuellement son expertise.

#### **1.3.3.2. Par rapport aux structures médico-sociales, de soins et d'accompagnement à domicile<sup>7</sup>**

L'EM s'adresse à des personnes qui ne bénéficient pas (ou pas encore) d'une prise en charge en structure médico-sociale, de soins et d'aide à domicile. Elle peut ainsi intervenir dans la phase de transition entre d'une part, la sortie de service hospitalier, d'autre part, l'accord et le démarrage d'une prise en charge sur le lieu de vie.

---

<sup>7</sup> SAMSAH, SAVS, SSIAD en particulier

### **1.3.3.3. Par rapport aux services de SSR (hospitalisation complète/alternatives à l'hospitalisation)**

*L'EM est adossée à un (ou des) service(s) de SSR, mais elle doit toutefois rester bien distincte des services de SSR pour préserver le caractère propre de sa mission. Par rapport aux structures de SSR :*

- L'EM est mobile par essence et intervient dans le lieu de vie.
- L'EM n'intervient que dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle nécessitant l'expertise d'une équipe de réadaptation.
- L'EM n'a pas vocation à dispenser des soins.
- L'intervention de l'EM contribue à fluidifier les parcours de soins et faciliter les sorties de services hospitaliers et/ou éviter des ré-hospitalisations.
- L'EM peut contribuer à une continuité dans le transfert et la préservation des acquis de la prise en charge hospitalière lors du retour dans le lieu de vie et créer du lien entre l'hôpital et la ville.
- L'EM peut aussi intervenir dans des problématiques de maintien dans le lieu de vie pour des patients hors filières hospitalières.

## **2. LES INTERVENTIONS DE L'EQUIPE MOBILE SSR**

### **2.1. POPULATION CIBLE DE L'EQUIPE MOBILE SSR**

**2.1.1. Personnes en situation de handicap**, dont l'état physique et/ou cognitif entraîne des difficultés fonctionnelles et requiert l'intervention de l'EM pour un retour ou un maintien dans le lieu de vie.

Elle s'adresse notamment aux situations de personnes en perte d'autonomie, à domicile ou en établissement hébergeant, ou dans le cadre d'une modification de leur contexte de vie nécessitant une intervention (maladie neurodégénératives, personnes handicapées vieillissantes, personnes handicapées dépendantes...).

**2.1.2. Aidants non professionnels** confrontés à des problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie d'une personne en situation de handicap.

**2.1.3. Professionnels** confrontés à des problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie d'une personne en situation de handicap, ou à des difficultés de prise en charge quotidienne.

*NB : l'intervention de l'EM n'a pas vocation à se substituer à celle de structures existantes avec des compétences spécialisées plus adaptées à certains profils de patients (exemple : MAIA, pour les personnes avec une maladie d'Alzheimer).*

### **2.2. ORIGINE DE LA DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE SSR**

**2.2.1. La demande doit provenir de professionnels ou d'institutionnels** de santé, médico-sociaux ou sociaux intervenant auprès de la personne. Cela concerne par exemple :

- Les services hospitaliers de court séjour ou de SSR,
- Les structures d'hébergement et d'accompagnement social ou médico-social,
- Les structures alternatives ou ambulatoires sanitaires, sociales ou médico-sociales,
- Le médecin traitant, les auxiliaires médicaux, les travailleurs sociaux et autres professionnels de ville.
- Les réseaux de santé du territoire.

L'accord de la personne est une condition préalable à la présentation d'une demande.

### **2.2.2. Les particuliers<sup>8</sup> ne peuvent pas présenter directement de demande d'intervention.**

Toutefois, l'EM apportera une réponse en termes d'orientation à toute sollicitation émanant d'un particulier.

## **2.3. MODALITES D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE SSR**

*L'une des clefs de la réussite d'une EM est sa réactivité par rapport aux sollicitations qui lui sont adressées.*

### **2.3.1. Analyse de la demande d'intervention**

- L'analyse de la demande doit s'appuyer sur des critères formalisés par l'EM qui doivent notamment prendre en compte les enjeux suivants :
  - o Enjeu avéré du retour ou du maintien dans le lieu de vie, ce qui inclue les enjeux de projet et de qualité de vie de la personne.
  - o Compatibilité/incompatibilité de la demande avec les moyens de l'EM (compétences présentes, disponibilité, zone géographique d'intervention,...).
  - o Existence/absence d'intervenant spécialisé plus approprié.
- Une réponse doit être apportée à chaque demande :
  - o Les demandes non prises en compte doivent donner lieu à un conseil en termes de réorientation.
  - o Un contact ou une réponse doit faire suite aux demandes dans les délais les plus brefs possibles (3 jours ouvrés maximum). Ces délais peuvent être plus courts pour les demandes marquées par un caractère urgent ou émanant d'unités de court séjour hospitalier.

### **2.3.2. Intervention**

- Le travail de l'EM pour une prise en charge comprend :
  - o des interventions sur le(s) lieu(x) de vie pour évaluer/conseiller/mettre en situation (ainsi qu'au lit du patient en service hospitalier, le cas échéant)
  - o des temps de concertation (staffs pluridisciplinaires, contacts avec intervenants extérieurs,...)
  - o des temps d'instruction du dossier (rédaction, documentation,...)<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Personne en situation de handicap, aidant ou entourage.

<sup>9</sup> D'après une évaluation de l'Equipe Mobile Adultes (pour personnes lésées cérébrales) de la Fondation Santé des Etudiants de France, à Grenoble, l'instruction (réunions, concertation, instruction du dossier) représente en moyenne plus de la moitié du temps consacré à une prise en charge.

- Une prise en charge doit rester ponctuelle :
  - o Les interventions de l'EM n'ont pas vocation à se pérenniser. Les expériences connues permettent d'estimer le nombre moyen d'interventions à l'extérieur (lieu de vie ou autre mise en situation écologique) jusqu'à 10 passages.

### 2.3.3. Dossier

- Tenue d'un dossier par prise en charge :
  - o dossier unique, pluri-professionnel et partagé au sein de l'EM
  - o dossier le plus complet possible pour assurer une traçabilité de la prise en charge
  - o dossier conservé dans des conditions de confidentialité adaptées
- Comptes rendus systématiques pour chaque prise en charge réalisée :
  - o Un compte rendu des préconisations en aides techniques et/ou humaines et/ou de l'aménagement du domicile, pour l'utilisateur
  - o Un compte rendu médical pour le médecin référent, avec information à l'utilisateur
  - o En cas de besoin, un compte rendu adapté pour les auxiliaires médicaux et autres intervenants sur le lieu de vie, avec copie au médecin référent.

### 2.3.4. Evaluation<sup>10</sup>

- Une évaluation du dossier est effectuée pour chaque prise en charge à partir de critères formalisés. Ces critères doivent notamment porter sur la pertinence de la prise en charge réalisée.
- L'EM établit, au moins annuellement, un rapport d'activité comprenant notamment un bilan de la période écoulée et une présentation des évaluations réalisées.
- Un document commun d'évaluation à l'ensemble des équipes mobiles sera envisagé.

## 2.4. ZONE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE SSR

### 2.4.1. Territoire

- Le champ géographique d'intervention de l'EM s'inscrit dans une logique de **proximité**.<sup>11</sup>
- L'EM doit être **positionnée au sein de son territoire géographique** de compétence.
- Toutefois la zone géographique d'intervention peut être élargie, par exception, en cas de compétences très spécialisées d'une équipe.

### 2.4.2. Lieux d'intervention

- Le domicile et/ou les lieux d'hébergement et de vie de la personne
- Service hospitalier/médico-social ou d'hébergement social de la personne (dans une perspective de retour sur le lieu de vie)

<sup>10</sup> Voir par exemple le Système Combiné d'Analyse des Prestations auprès des Personnes Handicapées

<sup>11</sup> Un maillage territorial doit être défini par l'ARS

- Autres situations écologiques

### 3. ORGANISATION DE L'ÉQUIPE MOBILE SSR

#### 3.1. ORGANISATION DANS L'OFFRE DE SOINS ET MEDICO-SOCIALE

##### 3.1.1. Positionnement institutionnel de l'équipe mobile SSR

- Il est préférable que l'EM soit **adossée à un (ou des) service(s) de SSR**. Les projets à privilégier sont ceux qui émanent d'une coordination organisée (ou en projet) entre plusieurs ou tous les services de SSR<sup>12</sup> du territoire concerné.

Le rattachement au SSR peut notamment :

- o permettre une mutualisation de moyens,
  - o faciliter les conditions d'organisation et de fonctionnement,
  - o améliorer l'accès à certaines compétences ou équipements,
  - o rapprocher ses professionnels d'autres équipes.
- En cas de présence sur le territoire d'une EM SSR AVC, des synergies doivent être favorisées (coordination, fusion...) avec l'EM SSR. La globalisation des financements des EM doit être vue comme une opportunité, notamment en termes de moyens, de taille critique et de capacité à innover, pour le territoire et les EM elles-mêmes.
  - En cas de présence d'EM d'autres spécialités (personnes âgées en perte d'autonomie, psychiatrie,...) sur le même territoire que l'EM SSR, des collaborations et/ou mutualisation de moyens techniques, administratifs ou humains doivent être recherchées et mises en œuvre, dans le respect des missions respectives de chaque équipe.
  - L'EM doit organiser des **relations étroites avec les MDPH**.

##### 3.1.2. Coordinations en amont et en aval

- En tant que structure de transition et de coordination, l'EM doit s'appuyer sur des partenariats organisés. En particulier,
  - o Coordinations en amont avec les services d'hospitalisation du secteur d'intervention (MCO, SSR du territoire,...)
  - o Coordinations en aval :
    - Médecine de ville,
    - Réseaux de santé spécialisés
    - Structures du territoire, intervenant à domicile (SAMSAH, SAVS, SSIAD ...)
    - Prestataires (aide humaine, équipements, transports,...)
    - Bailleurs sociaux
    - Structures spécifiques du champ du handicap et de la dépendance (UEROS, CRP, PACT, CICAT, CLIC,...)
    - Associations de personnes handicapées

<sup>12</sup> Structures privées, publiques, privées non lucratives

- Services sociaux
    - Opérateurs d'insertion sociale et professionnelle
    - Collectivités territoriales
  - Coordinations avec les structures d'hospitalisation à domicile du territoire,
  - Coordinations avec les structures médico-sociales et sociales d'hébergement et d'accueil de jour du territoire.
  - Coordination avec la MDPH
- Dans les modalités de coordination entre l'EM et la MDPH, il est nécessaire de s'accorder sur le caractère prioritaire des demandes présentées par l'EM auprès de la MDPH.
  - Si l'EM est organisée dans le cadre d'un partenariat entre plusieurs opérateurs, ce partenariat doit être formalisé.

### **3.2. ORGANISATION INTERNE DE L'EQUIPE MOBILE SSR**

#### **3.2.1. Effectifs**

- Une équipe<sup>13</sup> est composée d'environ 3 ETP pour 40 à 80 dossiers par an, qu'il est recommandé d'organiser de la manière suivante :
  - Rééducateur paramédical            1,0 ETP
  - Secrétaire                                0,5 à 1,0 ETP
  - Travailleur social                      0,5 à 1,0 ETP
  - Médecin                                    +/- 0,5 ETP (spécialité à définir en lien avec la population cible)
- L'EM a la possibilité d'accéder à d'autres compétences ponctuellement utiles (exemple : psychologue formé à la neuropsychologie, ...).
- Si l'EM se voit confier une (ou des) spécialisation(s) particulière(s), des compétences supplémentaires ou spécifiques peuvent être mises en œuvre pour y répondre.
- Un coordonnateur doit être désigné au sein de l'équipe.
- Le rééducateur paramédical doit disposer de compétences et/ou qualifications conformes aux missions de l'EM (bilans, évaluation, conseil en adaptation et matériels...).

#### **3.2.2. Moyens logistiques**

*Les moyens logistiques de l'EM peuvent être mutualisés avec d'autres activités, dès lors que cette mutualisation n'entrave pas le bon accomplissement de ses missions.*

##### **3.2.2.1. Locaux**

- Bureaux pour le travail sur dossier et la gestion documentaire.
- Accès à une ou plusieurs salle(s) de réunion pour les réunions pluridisciplinaires, des RDV avec des organismes ou entreprises extérieurs, des rencontres avec les patients, les aidants, les autres acteurs de la prise en charge.
- Il est souhaitable que l'EM organise l'accès:
  - aux différents plateaux techniques d'évaluation fonctionnelle nécessaires,
  - à un parc de fauteuils roulants,

---

<sup>13</sup> Il convient de noter que l'équipe pluridisciplinaire comprend en particulier des professionnels qualifiés peu représentés en ville.

- à un parc d'aides techniques,
  - à une ou plusieurs salle(s) de réunion,
  - à une salle de consultation
  - si possible, à des locaux de simulation (salle de bain, cuisine, chambre).
- Les locaux de l'EM doivent être facilement accessibles sur le plan géographique (pas trop excentrés dans le territoire, stationnement possible, lieu facilement repérable...)

#### **3.2.2.2. Equipements**

- Equipement de bureautique,
- Véhicule(s) pour les déplacements et le transport des aides techniques sur le lieu de vie,
- Documentation.

#### **3.2.3. Budget**

Compte tenu des moyens requis présentés ci-dessus et du contexte général financièrement contraint, le budget qui sera alloué pour le fonctionnement d'une EM est de 150.000 euros annuels.

\* \* \*